

介護保険 居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請書

フリガナ											
被保険者氏名	保険者番号					2	1	5	0	1	2
	被保険者番号					0	1	0	0	0	0
生年月日						性別	男 ・ 女				
住 所	〒 ー 加茂郡坂祝町										
	電話番号										
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	販売事業者名 特定福祉用具事業者番号			購 入 金 額			購 入 日			
					円			令和 年 月 日			
					円			令和 年 月 日			
					円			令和 年 月 日			
福祉用具が 必要な理由											
坂祝町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護・介護予防 福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住 所 申 請 者 氏 名 電話番号											

* 助成対象福祉用具は、介護保険制度における県指定の福祉用具販売事業者での購入に限ります。購入前に販売事業者、ケアマネジャー等に県指定の福祉用具販売事業者であるか確認をしてください。
 * この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 * 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。(身体状況、介護者の状況、生活動作の状況等を記入し必要となった具体的な理由を記載してください。)

居宅介護・介護予防 福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農 協	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金							
			2 当座預金							
			3 その他							
	フリガナ									
	口座名義人									